

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU MÉDECIN VÉTÉRINAIRE ATTITRÉ

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE	
Nom du médecin vétérinaire :	Numéro d'identification ministériel :
Nom de la clinique :	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :
	Adresse courriel :

Je, soussigné _____,
Nom du médecin vétérinaire (en lettres moulées)

accepte de veiller à l'application du Programme québécois d'attestation sanitaire des exploitations piscicoles productrices de salmonidés en accompagnant l'exploitation piscicole suivante :

RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITATION	
Nom de l'exploitation :	Nom du représentant :
Adresse :	Téléphone :
	Télécopieur :
	Adresse courriel :

En tant que médecin vétérinaire attitré, je déclare avoir pris connaissance de tous les éléments du Programme et je m'engage à en respecter toutes les modalités d'application ainsi que les exigences qui en découlent.

Signature du médecin vétérinaire

Date (jj/mm/aaaa)

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à la centrale de signalement du MAPAQ :
centraledesignalement@mapaq.gouv.qc.ca
1 844 ANIMAUX (264-6289)